

# **Agenda ggz**

achtergrondnotitie

Agenda ggz – achtergrondnotitie, november 2015
Opgesteld door:

## Inhoudsopgave

## Inleiding: de maatschappelijke waarde van geestelijke gezondheidszorg

*Urgentie van aanpak psychische aandoeningen*

Goede en toegankelijke zorg voor mensen met een psychische aandoening is essentieel voor het functioneren van de samenleving. Iedereen heeft hier baat bij. Psychische aandoeningen komen veel voor. Net als somatische aandoeningen variëren psychische aandoeningen van klacht tot stoornis, van licht tot ernstig, van eenvoudig tot complex en van kortdurend tot chronisch. Sommige aandoeningen zijn specifiek voor een bepaalde levensfase, zoals dementie, maar bij veel aandoeningen liggen de wortels in de kindertijd, zoals bij autisme, of wordt de diagnose manifest tijdens de adolescentie, zoals bij schizofrenie en een bipolaire stoornis veelal het geval is. Vijf procent van de kinderen en jeugdigen tot 18 jaar (ongeveer 175.000) heeft een psychische aandoening die leidt tot een ernstige beperking in het functioneren of een groot risico geeft op een verstoorde ontwikkeling[1]. Voor volwassenen geldt dat bijna één op de vijf een psychische aandoening heeft en in totaal heeft 43% van de volwassen bevolking ooit in het leven een psychische aandoening gehad.[2]

Psychische aandoeningen hebben een grote impact op de sociale omgeving van de patiënt, zoals de kinderen en mantelzorgers[3] en de gevolgen strekken zich uit over het gehele sociale domein van wonen, werken en leren, inkomen en financiële draagkracht, sociale relaties. In de leeftijdscategorie van 15 tot 50 zijn psychische aandoeningen de belangrijkste destructieve invloed op deze gebieden. Uit de Global Burden of Disease studie van de World Health Organization (WHO) blijkt dat zeven psychische aandoeningen in de top-20 wereldwijd staan van aandoeningen gerangschikt naar gezondheidsverlies en uitgedrukt in 'years lived in disability . Daarmee brengen psychische aandoeningen hoge maatschappelijke kosten met zich mee, niet alleen voor de noodzakelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning, maar ook als gevolg van verlies aan arbeidsproductiviteit. Dat maakt dat we niet alleen moeten kijken naar de kosten van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), maar vooral ook naar de kosten die veroorzaakt worden door de gevolgen van de psychische aandoeningen. Goede psychische gezondheidszorg (preventie en behandeling) leidt tot minder maatschappelijke kosten en er is dus alle reden om psychische gezondheid tot de prioriteit van publieke gezondheid te rekenen.

*Gezamenlijke verantwoordelijkheid, gezamenlijke aanpak*

Patiënten en hun naasten[4], professionals, aanbieders, verzekeraars en gemeentelijke en landelijke overheid hebben gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een toegankelijke, doelmatige en betaalbare ggz. Het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 heeft hier de koers voor uitgezet. Het doel van het akkoord was om in het licht van het beheersen van de kosten en het afbuigen van de groei als veld gezamenlijk inhoudelijke keuzes te maken die leiden tot een kwalitatieve hoogwaardige en toekomstbestendige ggz. De ingezette koers is primair gericht op het centraal stellen van de patiënt in het organiseren van de zorg. Het gaat hier om een inhoudelijk betekenisvolle kanteling van de uitgangspunten van de ggz, die vraagt om een andere attitude en organisatie van zorg. Behandeling moet dichtbij en laagdrempelig beschikbaar zijn, afgestemd zijn op de behoeften en uitkomstdoelen van de patiënt en precies dat doen wat nodig is om de patiënt zelf regie te laten voeren over herstel en leven. De patiënt voert regie en professionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise. De patiënt mag daarbij rekenen op hulpverleners die doen wat ze moeten doen naar de professionele standaard en aansluiten bij het levensverhaal van de patiënt. Het kernwoord is *matched care*: niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig. Lichte of niet-complexe problematiek wordt snel en doeltreffend door huisarts en praktijkondersteuner (POH) of in de generalistische basis ggz opgepakt, en complexe problematiek kan veilig en adequaat in de gespecialiseerde ggz worden behandeld. Voor mensen die

---

[1] GGZ Nederland (2014) Visiedocument jeugd GGZ. Pag. 10

[2] Trimbos (2015) GGZ in tabellen 2013-2014. Pag. 12-13

[3] Cijfers over het aantal mantelzorgers in de GGZ ontbreken. Schattingen stellen dat ongeveer de helft van de patiënten mantelzorg ontvangen. Mantelzorgers zijn vaak ouder of partner van de patiënt. Zie Factsheet Mantelzorg in de Geestelijke Gezondheidszorg van Vilans.

[4] In deze notitie worden patiënten steeds in samenhang met hun naasten bedoeld. Het uitgangspunt is dat in de hulpverlening zoveel mogelijk triadisch (patiënt-familie-behandelaar) gewerkt wordt.

langdurig psychisch kwetsbaar zijn (bijvoorbeeld mensen die vaak zijn teruggevallen of mensen met een verstandelijke beperking) zal alles in het werk gesteld moeten worden om de kwaliteit van leven te verhogen, desnoods levenslang. Naast dat de patiënt regievoerder is over het eigen herstel, kan het principe van gezamenlijke besluitvorming[5] ook buiten de spreekkamer worden toegepast. Patiënten en hun naasten moeten een duidelijke stem krijgen op alle plaatsen in het stelsel. Binnen de organisatie van de zorgaanbieder dragen zij bij aan het kwaliteitsbeleid, ervaringsdeskundigen participeren in de ontwikkeling van zorgstandaarden, en zorggebruikers hebben een stem bij de zorgverzekeraar in het inkoopbeleid. In de toetsing van kwaliteit kunnen patiëntgebonden methoden worden ingezet. De laatste jaren zijn vooral de structuren aangepast die deze radicale kanteling van het perspectief van ggz mogelijk maakt. In de komende jaren zetten we in op een cultuurverandering die deze verandering in de dagelijkse praktijk werkelijk realiseert.

De inspanningen van het ggz veld tot nu toe hebben als resultaat dat de kostengroei in de ggz van vóór 2013 is afgebogen en in 2013 met een groei van anderhalf procent onder de afgesproken volumegroei van 2,5% is gebleven. Voor het jaar 2014 zijn op het moment van schrijven alleen voorlopige realisatiecijfers beschikbaar. [6]In het macrokader voor dat jaar, op basis waarvan zorgverzekeraars zorg hebben gecontracteerd, is rekening gehouden met een volumegroei van anderhalf procent. Dit macrokader lijkt vooralsnog stabiel. Een structureel probleem voor de beheersbaarheid van de kosten is de complexiteit van het systeem, waardoor informatie over de definitieve bestedingen laat beschikbaar is. De ingrepen in de organisatie van het zorgaanbod hebben veel gekost, maar ook veel opgeleverd. Het resultaat geeft de ruimte om een pas op de plaats te gaan maken voor zover het een bezuinigingsopdracht betreft en de focus te verleggen naar meer inhoudelijk en maatschappelijk resultaat halen uit iedere bestede euro en het verduurzamen van de bekostiging.

Volgend op het eerste akkoord, is de uitdaging voor de komende decennia om nog meer dan nu al het geval is, de maatschappelijke waarde van de ggz te vergroten door het persoonlijk lijden, de maatschappelijke impact en economische lasten die voortvloeien uit psychische aandoeningen te beperken en zoveel als mogelijk te voorkomen en bij te dragen aan de mentale fitheid van de samenleving. [7] Hiermee wordt meer waarde toegevoegd aan iedere euro die aan de ggz wordt besteed. Om dit te bereiken zetten we erop in dat de patiënt en diens naasten zoveel mogelijk zelf de regie voeren en samen met de betrokken professionals in het hart van de hulpverlening gezamenlijk besluiten nemen; verhogen we de kwaliteit en effectiviteit van de behandelingen door in te zetten op preventie, vroege interventie en gepersonaliseerde zorg en behandeling; realiseren we stevige verbindingen van de ggz met de overige delen van gezondheidszorg en het sociale domein en moeten vraagstukken van duurzame bekostiging en verzekerbaarheid van de GGZ worden geadresseerd. In het vervolg van deze agenda werken we deze thema's nader uit.

---

[5] I.p.v. het veelgebruikte 'shared decisionmaking' wordt in dit stuk gekozen voor de Nederlandse term 'gezamenlijke besluitvorming'

[6] *Kamerstukken II* 2014/15, 34200-XVI, nr.10

[7] Porter (2006) *Redefining health care. Creating value based competition on results.* Porter stelt dat bij het beheer van de gezondheidszorg de focus niet moet liggen op het eenzijdig reduceren van kosten, maar op het verhogen van de waarde van de zorg voor de patiënt en samenleving.

**Anders omgaan met psychische aandoeningen: een cultuurverandering**

*Patiënt is regievoerder*

De ggz is in de laatste decennia al veel veranderd en verbeterd. Het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 heeft de eerste aanzet gegeven voor een beweging die als een radicale kanteling van uitgangspunten kan worden gezien: de patiënt en diens naasten staan niet alleen centraal in het perspectief van de hulpverlener, maar de patiënt staat zelf aan het roer van het herstelproces. Deze beweging is niet uniek voor de ggz. In het rapport "Naar nieuwe zorg en zorgberoepen" van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen wordt een toekomstvisie uiteen gezet waarin "de gezondheidszorg is gericht op het bevorderen en herstellen van het zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen omgeving. De eigen regie en veerkracht van het individu staan daarbij centraal".[8] De focus van de gezondheidszorg wordt verlegd van het opheffen van een medisch probleem, naar het verbeteren van het individueel functioneren van de patiënt.
De koers die is ingezet met het Bestuurlijk Akkoord blijven we volgen. We leggen de komende jaren wel specifieke accenten om de randvoorwaarden te realiseren die nodig zijn om de beoogde verandering ook in de dagelijkse praktijk te realiseren. De uitdaging is om een structuur- en systeembenadering te doorleven met een cultuur- en attitudeverandering.

Het uitgangspunt van behandeling en begeleiding is om die hulp te bieden die de patiënt nodig heeft om weer zelf verder te kunnen. En daar waar de patiënt niet geheel herstelt moet die behandeling en ondersteuning voor de patiënt beschikbaar zijn die nodig is om zoveel mogelijk naar eigen inzicht het leven in te richten en te participeren in de samenleving. De ggz en haar partners (gemeente/politie) hebben ook een maatschappelijke taak om mensen met wie het slecht gaat, maar die (nog) geen zorg willen accepteren op te sporen en van noodzakelijke zorg te voorzien. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Dit kan uiteraard ook betekenen dat patiënten in een beschutte omgeving leven en in het uiterste geval zullen soms gedwongen interventies nodig zijn. Te allen tijde is het credo "eigen regie, tenzij …". Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstelgerichte zorg onverminderd van kracht.[9] Bevorderen en herstel van zelfstandig functioneren blijft het doel, waarbij we ons ook realiseren dat eigen regie niet voor iedereen altijd haalbaar is. Een cruciale randvoorwaarde die bij uitstek in het primaire proces verwezenlijkt moet worden om hieraan gestalte te kunnen geven, is het principe van *gezamenlijke besluitvorming*. In dit proces participeren de patiënt (en diens naasten) en de hulpverlener ieder met hun eigen expertise. De patiënt brengt de eigen omstandigheden en voorkeuren in en de professional brengt professionele kennis in. Het doel is om in gezamenlijkheid gewenste uitkomsten van zorg te bepalen en de daarbij passende behandelopties te kiezen. Goede diagnostiek vormt het startpunt. Gezamenlijke besluitvorming is essentieel voor zelfregie en zelfmanagement, levert een hogere patiënttevredenheid en betere kwaliteit van leven op en draagt positief bij aan het resultaat van de behandeling[10], maar is in de ggz ook complex. Gezamenlijke besluitvorming zal zowel de patiënt en diens naast als ook de professional bewuster maken van de wenselijkheid van lichtere of goedkopere zorg. Beter inzicht in de zorgkosten leidt bij patiënten tot meer afgewogen en verantwoorde keuzes in de zorg[11]. Zowel professionals als patiënten moeten adequaat worden toegerust om gezamenlijke besluitvorming in praktijk te kunnen brengen. Positief is dat uit onderzoek blijkt dat patiënten en professionals gezamenlijke besluitvorming zeer wenselijk vinden.

---

[8] Commissie Innovatie Zorgberoepen en opleidingen (2015) *Factsheet naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.* pag.1

[9] Een goed voorbeeld is de sinds een aantal jaren vernieuwde zorg onder andere op de langdurige woonafdelingen van GGzE volgens het planetree concept. Door consequente implementatie van mensgerichte zorg daalde het aantal gegronde klachten, zijn de separaties aanzienlijk afgenomen en werken er veel meer vrijwilligers binnen de organisatie. Zie http://www.ggze.nl/node/2882

[10] Zie b.v. Adams et al (2007) Shared Decision-Making Preferences of People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services.* 58 (9): 1219-21 en Beitinger et al (2014) *Curr Opin Psychiatry*. 27(3):222-9. Zie ook http://www.zelfmanagement.com/thema-s/gedeelde-besluitvorming/

[11] LPGGz, NPCF, Iederin, LPPG (2015)*Inzicht in zorgkosten*

In de toekomst zullen e-health en m-health[12] ook in de ggz een steeds grotere rol gaan spelen. Er is al veel ervaring mee opgedaan en de resultaten zijn bemoedigend. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaak tevreden zijn met e-mental-Health. Dit is vooral het geval wanneer er sprake is van *blended care* (e-health in combinatie met face to face consultaties). Van zorgverzekeraars wordt een faciliterende rol verwacht om de mogelijkheden voor e-health en m-health toepassingen in de GGZ zo goed mogelijk te benutten en de resultaten te kunnen volgen.

In het verlengde van zelfregie en gezamenlijke besluitvorming ligt gepersonaliseerde ggz. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt eigen doelen en verwachtingen in het leven. Deze elementen vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Gepersonaliseerde behandeling betekent ook dat we beter kunnen voorspellen aan het begin van een traject wat bij iemand werkt. De huidige behandelingen leiden niet bij alle patiënten tot goede resultaten. Wanneer we vooraf kunnen voorspellen welke patiënten goed op een behandeling zullen reageren, kunnen kostbare en langdurige behandelingen, die soms ook (sociale) bijwerkingen opleveren, alleen worden ingezet voor de patiënten die er baat bij hebben. Sommige patiënten blijven juist te lang verstoken van specialistische behandelingen omdat het huidige stepped care model zorgt voor trage doorstroming naar hogere echelons. Wanneer we een voorbeeld nemen aan de doorbraken die binnen de oncologie zijn geboekt, zien we dat stadiëring en (individuele) patiëntprofilering geleid hebben tot zeer nauwkeurige en effectieve behandeling.  Ook in de ggz kunnen we gebruik maken van deze principes en kunnen we zowel over- als onderbehandeling tegengaan.

*Effectiever en doelmatiger behandelen*

Het in beeld krijgen van praktijkvariatie heeft een belangrijke functie in het opsporen van suboptimale zorg. Bij praktijkvariatie gaat het om de vraag of er verschillen in behandeling bestaan die niet te verklaren zijn op basis van verschillen in leeftijd of sociaal-economische status.[13] Praktijkvariatie is niet per definitie ongewensten en kan passen bij een gepersonaliseerde behandeling. Het is wel ongewenst als er sprake is van overbehandeling en onderbehandeling. Met over- en onderbehandeling bedoelen we het te lang respectievelijk te kort, te intensief respectievelijk te licht behandelen of het behandelen van de patiënt op een niet passende plaats in de keten. Over- en onderbehandeling leiden tot een suboptimale prestatie van de ggz. De meest effectieve manier om dit aan te pakken is het verbeteren van de implementatie van richtlijnen. Door alle huidige patiënten optimaal te behandelen volgens de richtlijnen en zorgstandaarden en door het optimaliseren van het bereik van de ggz door alle patiënten behandeling te bieden die daarvoor in aanmerking komen is het mogelijk de effectiviteit van de ggz aanzienlijk te verhogen. Het op deze manier overbruggen van de zogenaamde *implementation gap* kan de door ggz afgewende ziektelast worden verdubbeld van 16% naar 34%[14].

De laatste jaren is door de ggz veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden zoals mono- en multidisciplinaire behandelrichtlijnen. Het gaat hier om standaarden die door professionals worden geaccepteerd als richtinggevend voor de verleende zorg en behandeling. Behandeling vindt gewoonlijk plaats in zorgprogramma's die zijn gebaseerd op de behandelrichtlijnen. Kwaliteitsstandaarden komen steeds meer tot stand volgens een systematiek die transparant wordt toegepast en waarin ook het patiënten- en familieperspectief is geborgd.  Ervaringsdeskundigen participeren in werkgroepen en zorgstandaarden worden ook in een patiëntenversie gepubliceerd. Als resultaat van het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 is het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ opgericht, waar de ontwikkeling en implementatie van

---

[12] E-health is het gebruik van ICT en met name internettechnologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. M-health is het gebruik van mobiele apparaten zoals smartphones voor hetzelfde doel.

[13] Plexus KPMG (2009) Praktijkvariatie in de Nederlandse Ziekenhuissector.

[14] Andrews et all (2004) Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry.* 184: 526-533.

kwaliteitsstandaarden voor de ggz centraal is ondergebracht. Alle relevante partijen zijn op enigerlei wijze bij dit netwerk aangesloten. Vanuit het netwerk wordt een gezamenlijke agenda voor kwaliteitsontwikkeling uitgevoerd.

Over- en onderbehandeling gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Wanneer richtlijnen en zorgstandaarden als uitgangspunt worden genomen zal bij een groot deel van de patiënten met *common mental health disorders*[15] curatieve zorg met een accent op symptoomreductie en (volledige of partiële) genezing passen. Voor een kleiner deel van de patiënten is er sprake van comorbiditeit met andere stoornissen en tevens sprake van psychosociale problematiek in het sociaal domein (werk, inkomen, relaties, schulden) en is er aanpassing van de behandeling op de sociale context en kenmerken van individuele patiënten nodig, alsmede samenwerking met partners in het sociale domein. Zo kan bijvoorbeeld dakloosheid van de patiënt een reden zijn om eerder of langer een klinische behandeling in te zetten. Maar ook dan zijn de stand van de wetenschap en praktijk het kader waarbinnen gewerkt wordt. Overbehandeling kan bestaan uit het doorbehandelen van patiënten in de gespecialiseerde ggz wanneer dat niet meer noodzakelijk is. Zoals eerder genoemd zal gezamenlijke besluitvorming zowel de patiënt als de professional bewuster maken van de mogelijkheid en wenselijkheid van lichtere zorg. Daarnaast zorgen organisatorische schotten tussen de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz ervoor dat patiënten langer dan nodig bij een (bekende) behandelaar in de gespecialiseerde ggz blijven. Wanneer er organisatorisch de mogelijkheid is om generalistische basis ggz én gespecialiseerde ggz aan te bieden bij dezelfde behandelaar of hetzelfde (ambulante) team, wordt de drempel naar lichtere zorg weggenomen. Dit betekent niet dat alle zorg altijd uit één hand geleverd moet worden. Ook goede afspraken tussen aanbieders in de keten nemen deze drempel weg.
Onderbehandeling kan betekenen dat patiënten niet in behandeling komen, te laat in behandeling komen of te lang bij de huisarts of in de generalistische basis ggz in behandeling blijven. Een voorbeeld is een patiënt met depressieve klachten die zich uit schaamte laat aanmeldt, volgens het stepped care principe wordt behandeld en vervolgens niet goed reageert op voorgeschreven medicatie. Hierdoor verslechtert de prognose, is er meer uitval bij studie of werk en ontstaat meer persoonlijk lijden dan noodzakelijk.

Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, gespecialiseerde diagnostiek en indicatiestelling eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming, *matched care* en gepersonaliseerde behandeling nodig. Onder de aansturing van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en in samenwerking met de universitaire en topreferente ggz zal de implementatie van bestaande kwaliteitsstandaarden en de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsstandaarden en uitkomstindicatoren een impuls krijgen. Daarbij moet ook aandacht uitgaan naar het beschikbaar maken van informatie voor patiënten op basis waarvan zij keuzes kunnen maken in de behandeling. De ggz maakt zich daarnaast verantwoordelijk voor scholing en supervisie van professionals in de zogenaamde nulde- en eerste lijn in de inzet van bewezen effectieve behandelmethoden en interventies.

*Ambulantisering doorzetten*

Nederland kent historisch, naast een sterke ambulant georganiseerde eerste en tweede lijn ggz[16], ook een relatief hoge klinische capaciteit. In het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 is de afspraak gemaakt de capaciteit met 30% te verminderen. Deze opdracht is door partijen voortvarend opgepakt, daarbij gestuurd door het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Er zijn echter ook zorgen geuit, over de toename van

[15] Met deze term wordt verwezen naar psychische aandoeningen die veel voorkomen maar waarvan de directe gevolgen voor de patiënt milder zijn.
[16] Zoals de RIAGG's die later zijn opgegaan in de geïntegreerde GGZ instellingen.

wachtlijsten, de toename van mensen met psychische aandoeningen die dakloos raken of thuis in crisis raken.[17]

Klinische opname is voor sommige mensen op sommige momenten in de behandeling nodig. Dan kan het gaan om een snelle en korte opname in de curatieve ggz bij een tijdelijke crisis, om gevaar af te wenden of om onder professionele begeleiding een start te maken met bepaalde medicamenteuze behandeling. Er is ook een (kleine) groep patiënten die gedurende langere tijd of een groot deel van het leven gebruik maakt van vormen van begeleid of beschut (klinisch) wonen, in kleine voorzieningen in de gemeente of op de oude terreinen van ggz organisaties. Een klinische opname kan ook invaliderend zijn, omdat er een grote afstand ontstaat tot de eigen leefomgeving en de eigen regie en inzet van de naast betrokkenen minder vanzelfsprekend is in te passen. Een (lange) klinische opname verhoudt zich slecht met de ambitie zorg en behandeling zo dicht mogelijk bij de patiënt en in de directe leefomgeving te organiseren.

De ingezette ambulantisering moet worden doorgezet. Voorbeelden uit het buitenland waar met veel minder klinische capaciteit goede zorg wordt verleend laten zien dat dit kan. De focus moet echter worden verlegd naar het verbeteren van kwaliteit van leven. En van afbouw van klinische capaciteit naar het opbouwen van voldoende, adequaat en passend ambulant aanbod. De 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van ggz, ook voor het opvangen van acute problematiek, is hier een essentieel onderdeel van. Hiervoor zijn goede samenwerkingsafspraken tussen huisartsenposten en crisisdiensten nodig. Naast het stimuleren van de uitstroom is het belangrijk om de instroom naar met name lange klinische trajecten te beperken. Dit kan onder andere door al bij een eerste opname snel te sturen op ontslag, waarbij zowel het informele netwerk als het ambulante professionele netwerk van het begin af aan worden betrokken. Ook hier is het uitgangspunt van gepaste zorg van toepassing: ‘Wat heeft de patiënt nodig om zo snel mogelijk weer met ontslag te gaan?’. Te lange klinische trajecten ontstaan soms ook doordat patiënten gaandeweg hun woning verliezen of uitvallen uit werk of studie en daardoor in een benarde financiële positie terecht komen. Problemen in deze sociale domeinen zijn een belemmerende factor in herstel en rehabilitatie. Het behoud of verkrijgen van werk/studie, inkomen en een woning zijn belangrijke uitkomstmaten. De ambulantiseringsopdracht kan daarom pas echt succesvol worden met gezamenlijke inspanning van het sociale domein en de gemeenten.

*Inzetten op preventie en vroege interventie*

Voorkomen is beter dan genezen. Meer nog dan het optimaliseren van huidige behandelingen is het voorkomen van psychische aandoeningen en het voorkomen van chroniciteit van deze aandoeningen essentieel voor een toekomstbestendige ggz. De ggz is medeverantwoordelijk voor het totaal aan mentale gezondheid: van lichte tot zware, van eenvoudige tot complexe problematiek, waarbij de bijdrage varieert van kennisdeling, scholing, triage, consultatie, diagnostiek tot (intensieve) behandeling en langdurige ondersteuning.

De noodzaak van preventie en vroege interventie hangt onder andere samen met het gegeven dat veel psychische aandoeningen een begin kennen in de kindertijd of adolescentie. Veel psychische aandoeningen hebben een intergenerationeel effect. Kinderen van ouders met een psychische aandoening hebben een sterk verhoogde kans op psychische aandoeningen.[18] Dit hangt samen met een genetische aspect in de ontwikkeling van sommige psychische aandoeningen, maar vloeit ook voort uit de sociale impact die de symptomen van psychische aandoeningen hebben. We zien ook bij psychische aandoeningen, ondanks effectieve behandeling van symptomen, een hoge mate van chroniciteit en soms lange behandeltrajecten. Eén van de oorzaken is dat de ggz mensen met psychische aandoeningen in een relatief laat stadium behandelt. Veel psychische aandoeningen hebben een periode van vijf tot tien jaar, waarin zich klachten voordoen die een voorbode kunnen zijn van ernstigere problemen. In deze periode functioneren mensen nog redelijk en ervaren zij slechts

[17] Zie o.a. de discussie over verwarde personen. Deze signalen zijn o.a. ook afkomstig van politie en actoren in het sociale domein.
[18] Zie ook www.kopstoring.nl

milde of vage klachten, zoals sociaal terugtrekgedrag, slaapproblemen, apathie, lichte cognitieve klachten of milde stemmings- of angstklachten. Een diagnose wordt meestal pas gesteld als de klachten zijn verergerd, specifiek zijn geworden voor een bepaalde psychische stoornis, bijvoorbeeld depressie, al een groot effect hebben op het functioneren en de *window of opportunity* voor effectieve behandeling al gesloten is. Ook de toegang tot professionele hulp is over het algemeen pas gegarandeerd wanneer er al een vermoeden van een stoornis is. Bij een late behandeling blijven veel vaker restsymptomen bestaan waar mensen een leven lang last van ondervinden. Vrijwel alle behandelingen zijn veel effectiever wanneer ze in een vroeg stadium worden toegepast. Bovendien zijn milde interventies dan vaak afdoende. Vroege interventie bij bijvoorbeeld psychoses draagt bij aan een gunstigere prognose en kan een volgende psychose voorkomen. Door eerder te behandelen is de kans minder groot dat - jonge - mensen uitvallen uit school en werk met alle gevolgen van dien.

Investeren in preventie en vroege interventie is op alle fronten verstandig om te doen. De patiënt wordt eerder geholpen, waardoor het lijden verminderd wordt, de benodigde zorg en behandeling zijn minder ingrijpend en de gevolgen van de aandoening op het sociaal functioneren worden beperkt. De waarde van preventie en vroege interventie is voor zowel patiënt, diens naasten en de samenleving hoog en de kosten van de interventies zijn doorgaans veel lager.[19] Preventie is ook het inzetten van de juiste professional op het juiste moment. Diagnostiek en triage vragen om hoogopgeleide professionals aan de voordeur. Het niveau van de professional moet zijn afgestemd op de complexiteit van de interventie en niet de complexiteit van de problematiek. Behandeling van lichte klachten moet breed beschikbaar zijn in de samenleving. Deze interventies liggen vooral op het vlak van de publieke gezondheidszorg, wijkteams, huisartsenzorg en generalistische basis ggz, dus vooraan in de keten, en worden gesteund door een goede consultatie van de gespecialiseerde ggz. Een ander deel ligt ook juist buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het sociale domein, op scholen, op de werkplek en de sportvereniging. De ggz moet ongewone verbindingen aangaan en zich hierin innovatief opstellen. Daarbij gaat het om het bevorderen van zelfredzaamheid, gezond gedrag en mentale weerbaarheid.

*Sturen op uitkomsten*

Het structureel meten van uitkomsten van zorg houdt op alle niveaus patiënten en aanbieders scherp. Alleen door regelmatig tijdens de behandeling met de patiënt te evalueren of de geboden hulp resulteert in de gezamenlijk vooraf vastgestelde doelen, kan er sprake zijn van gepast gebruik van zorg. De ggz loopt voorop in het aanleveren van ROM-gegevens voor benchmarking. Zelfstandig gevestigde professionals en kleine praktijken sluiten hier halverwege 2016 op aan. De huidige werkwijze van ROM ondersteunt nog niet het gedachtegoed van gepast gebruik. Een begin en een eindmeting geven wel informatie over het effect van de behandeling, maar geven niet aan wanneer binnen de behandeling er afgebouwd of opgeschaald dient te worden. Er van uitgaande dat in de loop van een behandeling de gezondheidswinst afneemt, is het van belang om tijdig de behandeling te herijken zodat noch over- noch onderbehandeling een kans krijgt. Dit kan alleen als de uitkomstmetingen verder geïmplementeerd, geïntensiveerd en doorontwikkeld worden zodat het beloop van de ziekte en het effect van behandeling vaker gemonitord worden met gebruik van de juiste instrumenten. Dit wordt gefaciliteerd met kwaliteitsstandaarden en de productstructuur. Daarbij moet ruimte worden gemaakt om de gewenste uitkomsten voor de patiënt op te nemen, die breder zullen moeten zijn dan symptomatisch herstel en ook functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel meetbaar moeten maken. Voorbeelden zijn een verbeterde kwaliteit van leven en verbeterde fysieke gezondheid, toegang tot passende (maatschappelijke) ondersteuning, het vervullen van de ouderrol of andere sociale rollen en het verkrijgen en behouden van een woning, werk of studie en inkomen.

Naast een regelmatige evaluatie van de voortgang van de behandeling zal enige vorm van toetsing op basis van uitkomstindicatoren bijdragen aan het optimaliseren van behandelingen. Bij diverse beroepsgroepen

---

[19] Zie ook Layard & Clark (2015) *Thrive. The power of psychological therapy.* Penguin Books.

bestaan al vormen van intercollegiale toetsing. Dit is echter onvoldoende om de effectiviteit van multi- en interdisciplinaire zorgprocessen te monitoren. *Clinical audits* en een actieve rol van ervaringsdeskundigen in kwaliteitsvisitaties leveren waardevolle spiegelinformatie op die, wanneer deze systematische verzameld, snel en overzichtelijk teruggekoppeld wordt aan de betrokken professionals en tot een kwaliteitsverbetering kan leiden. De focus van deze audits ligt op het verbeteren van zorgprocessen. Beroepsgroepen, patiënten en financiers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het vaststellen van de gewenste kwaliteitsnormen en uitkomstindicatoren. Deze indicatoren moeten ook de uitgangspunten van herstel en gezamenlijke besluitvorming representeren.

*Substitutie naar nulde en eerste lijn*

Op stelselniveau zijn in het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 voorstellen gedaan voor een herindeling van de ggz in een generalistische basis ggz en een gespecialiseerde ggz. Ook is ingezet op versteviging van de huisartsenzorg op het gebied van psychische aandoeningen door de POH een extra impuls te geven. Het uitgangspunt voor de herinrichting van de ggz was dat de patiënt door de juiste professional op de juiste plaats in de keten wordt geholpen. Aangezien psychische aandoeningen zich op het hele continuüm van klacht tot stoornis voordoen is niet voor alle problematiek behandeling in de gespecialiseerde echelons nodig. Met de herindeling is een structuur voor gepaste en doelmatige zorg neergezet. De specifieke bijdrage van de verschillende aanbieders in de ggz is op een aantal punten verhelderd, zoals de ziekenhuispsychiatrie en medische psychologie en de topreferente ggz[20]. Op het terrein van de jeugd-ggz is de rol van de gemeenten centraler komen te staan. Dit vraagt extra aanpassingen om de (organisatorische) samenhang met de voorzieningen voor volwassenen in stand te houden. De beoogde substitutie naar de basis ggz lijkt vooralsnog achter te blijven bij de oorspronkelijke verwachtingen. Eén van de redenen is mogelijk het eigen risico, waardoor patiënten langer bij de POH blijven en passende zorg voor mensen met ambivalente motivatie belemmerd wordt. Daarnaast zijn organisatorische schotten tussen de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz mogelijk van invloed op het achterblijven van verwijzingen van patiënten na een intensieve en specialistische behandeling naar lichtere vormen van ondersteuning. Hierdoor moeten patiënten bijvoorbeeld vaker wisselen van hulpverlener, wat discontinuïteit van zorg oplevert en extra drempels kan opwerpen. De noodzakelijke mogelijkheid van vloeiend op en af kunnen schalen in zorg al naar gelang de problematiek van de patiënt daarom vraagt vereist verdere aandacht.

Meer samenwerking tussen de huisartsenzorg met POH-GGZ en de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz zorgt voor een samenhangende keten van ggz. De versterking van de POH-GGZ in de huisartsenzorg biedt kansen voor het realiseren van deze nauwere samenwerking. Bijna 80% van de huisartsen in Nederland heeft op dit moment een POH-GGZ. Daardoor worden aanzienlijk meer mensen met een psychische aandoening op een weinig stigmatiserende manier binnen de huisartsenpraktijk geholpen. De geboden hulp is vaak praktisch van aard en kan snel worden toegepast in het dagelijks leven. Als gevolg van het achterblijven van de instroom van patiënten naar de generalistische basis ggz stijgt het volume van patiënten bij de POH sterk. Doordat de POH-GGZ nog een relatief nieuwe functie is, wordt deze door een diversiteit van professionals (sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, maatschappelijk werker) ingevuld. Daarnaast is in de praktijk, vanwege de korte historie, nog niet onderzocht welke patiënten het beste bij de POH-GGZ kunnen worden behandeld en op basis van welke criteria patiënten volgens het *matched care* principe moeten worden doorverwezen naar meer specialistischere behandeling in de basis ggz of elders. Daarmee bestaat er kans op onderbehandeling van patiënten bij de POH-GGZ. In toenemende mate nemen georganiseerde samenwerkingsverbanden in de huisartsenzorg (zorggroepen en gezondheidscentra) initiatieven voor het ontwikkelen van zorgprogramma's waarin huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ) wordt gecombineerd met de generalistische basis ggz, en soms ook de verslavingszorg. Voor een verdere opbouw

[20] Maar ook voor andere delen in de keten, zoals blijkt uit de recent ontwikkelde Landelijke Samenwerkingsafspraken GGZ en het functie- en competentieprofiel van de POH-GGZ.

van de eerste lijn is het belangrijk ruimte te geven aan dergelijke experimenten en de ervaringen hiermee te monitoren.

Om de substitutie van behandeling van psychische aandoeningen van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz en de huisartsenzorg/POH te continueren moet een aantal randvoorwaarden nader worden ingevuld, zoals een gezamenlijke visie op doel en aard van de te leveren zorg. De samenwerking tussen de generalistische basis ggz, de huisarts/POH en de ambulante vormen van gespecialiseerde ggz moet worden verstevigd, zodat ieder deel van de keten op het juiste moment zonder belemmeringen de specifieke expertise kan inzetten die nodig is. De complexiteit van de in te zetten interventie, zoals ook diagnostiek, bepaalt het niveau van de benodigde professional. Gepaste zorg is een inhoudelijke keuze die patiënt en professional maken op basis van de voorkeuren en kenmerken van de patiënt, hierin gefaciliteerd door de kwaliteitsstandaarden en de wijze van bekostiging. Organisatorische en bureaucratische schotten moeten worden verwijderd zodat een soepele gang door de keten mogelijk is. Daarnaast moet er stevig worden geïnvesteerd in scholing en supervisie van professionals die werkzaam zijn in de nulde en eerste lijn, zodat op alle plaatsen in de keten met inzet van bewezen effectieve behandelingen en interventies, gepaste zorg wordt geleverd. Experimenten met samenwerking tussen de huisarts/POH-GGZ en de generalistische basis ggz laten zien dat het nog te vroeg is voor definitieve uitspraken over de meest effectieve en doelmatige organisatievorm en governance in de nulde en eerste lijn. Een centrale aansturing van deze processen kan, naar buitenlands voorbeeld, een mogelijkheid bieden voor het borgen van de kwaliteit en effectiviteit van het aanbod[21]. Dit vraagt echter nadere verkenning.

*Verbinding met het sociale domein*

Een stevigere verbinding tussen ggz en sociaal domein moet leiden tot aandacht voor mentale gezondheid in de haarvaten van de samenleving. Dit draagt bij aan het verminderen van stigma en aan preventie en verlaagt de drempel voor mensen met klachten om tijdig hulp te vragen.
Psychische aandoeningen hebben vaak consequenties op verschillende leefgebieden en vice versa. Problemen op het gebied van wonen, werken/studie en financiën gaan vaak samen met psychische problemen. Hulpverlening op deze domeinen is primair de verantwoordelijkheid van gemeenten, waarbij samenwerking met de (gespecialiseerde) ggz op casus niveau van essentieel belang is. Dit is des te meer het geval na de decentralisatie van de langdurige woonbegeleiding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en de overheveling van de jeugdhulp naar het gemeentelijke domein. Vanwege de transitie vormen sociale wijkteams en centra voor jeugd en gezin belangrijke samenwerkingspartners bij het organiseren van de ggz voor kwetsbare burgers. De gescheiden financieringssystemen van zorgverzekeraars en gemeenten moet beter op elkaar aansluiten om de zorg voor deze doelgroep mogelijk te maken.

Zowel op het gebied van preventie als op het gebied van behandeling en begeleiding kunnen partners in het sociale domein en de ggz zonder goede verbindingen niet optimaal presteren. Het bieden van onderdak, dagbesteding of maatschappelijke ondersteuning behoort in feite niet tot de kerntaken van de curatieve ggz, maar het zijn wel belangrijke randvoorwaarden voor herstel van patiënten met psychische aandoeningen. De werkelijkheid is dat door onvoldoende absorptievermogen van de partners in het sociale domein en door gebrek aan kennis over de behoefte en mogelijkheden van mensen met psychische aandoeningen deze begeleiding nog onvoldoende kan worden overgedragen naar de verantwoordelijke sectoren. Vanuit het oogpunt van gepaste zorg is het onwenselijk dat patiënten voor meerdere levensgebieden afhankelijk zijn van het aanbod van de ggz omdat de reguliere voorzieningen voor hen gesloten blijven. De ggz moet veel meer één van de partners zijn in het steunnetwerk om de patiënt heen. Een partner die laagdrempelig, toegankelijk en zichtbaar haar kennis en expertise deelt met maatschappelijke organisaties ten behoeve van de hulp aan mensen met een psychische aandoening. Deze verbindingen moeten op alle niveaus gelegd worden, rond de

[21] Zie het voorbeeld van IAPT in UK. http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/

patiënt en in de wijk in samenwerkingsverbanden en regionaal en landelijk op bestuurlijk niveau. Van belang is ook dat het maatschappelijk middenveld, zoals bijvoorbeeld werkgeversverenigingen en brancheverenigingen van het onderwijs en woningcorporaties, tot het netwerk van de ggz gaan behoren.

Ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol, juist ook in het sociale domein, in de ondersteuning van zelfregie van mensen met een psychische aandoening. Het inrichten van herstelacademies bevordert de participatie van patiënten en naastbetrokkenen in regionale en lokale netwerken. Herstelacademies zijn cliëntgestuurde initiatieven die als doel hebben mensen met een psychische kwetsbaarheid te helpen het leven weer op te pakken vanuit eigen regie en zijn een belangrijke samenwerkingspartner voor de ggz en anderen actoren in het sociale domein.

*Veiligheid en de verbinding met het justitiële domein*

Een deel van de mensen met een psychische stoornis vertoont ook in verschillende mate van ernst delinquent gedrag. In dat geval is niet alleen zorg maar ook het voorkomen en beheersen van criminaliteit van evident maatschappelijke belang. In de forensische zorg gaan deze twee doelen in  hand in hand. De forensische zorg levert een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van recidive en het vergroten van de maatschappelijke veiligheid door behandeling en zorg. Zo is de algemene recidive van ex-tbs gestelde 2 jaar na beëindiging van de maatregel 20,9%, waarbij dit percentage bij ex-gedetineerden aanzienlijk hoger ligt, namelijk op 49,3%. Dit betreft alle mogelijke feiten waarvoor zij in die periode met Justitie in aanraking zijn geweest. Forensische zorginstellingen nemen daarnaast steeds vaker patiënten uit de algemene ggz op die daar door de ernst en complexiteit van hun problematiek niet (veilig) behandeld kunnen worden.

De zorg en behandeling die in een strafrechtelijk kader wordt geboden is veelal een tijdelijke episode in een langdurig zorgtraject. Deze cliënten ontvangen veelal voor en/of na de strafrechtelijke titel zorg vanuit een ander financieel kader zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet Langdurige Zorg (Wlz) of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Deze verschillende financiers hanteren doorgaans eigen beleid op het gebied van kwaliteit, beschikbaarheid en bekostiging en de kaders en afspraken sluiten niet op elkaar aan. De daardoor ontstane schotten zijn een belemmering voor de continuïteit van zorg op cruciale momenten in de behandeling en begeleiding.

Het belang van continuïteit van zorg voor de groep patiënten die zich op het grensvlak van Justitie en de ggz bevindt wordt steeds groter. Bij de invoering van de W verplichte GGZ (WvGGz) en de Wet forensische zorg (Wfz) zullen naar verwachting meer patiënten via de strafrechter doorstromen naar de algemene ggz met een rechterlijke machtiging[22]. Door de WvGGz ontstaat ook de mogelijkheid om mensen met ernstige psychische aandoeningen die zorg mijden in een verplichtend kader intensieve (ambulante) behandeling te bieden. De verwachting is dat mede hierdoor een grotere toestroom van patiënten met ernstige psychische aandoeningen ontstaat. Een recent uitgevoerde impactanalyse door GGZ Nederland over de effecten van beleidskeuzes en nieuwe wetgeving op cliëntenstromen in de GGZ laat zien dat in de volle breedte van de ggz een verschuiving plaatsvindt van gespecialiseerde naar generalistische zorg, en van klinische zorg naar intensieve ambulante zorgvormen. Als gevolg hiervan ontstaat per type capaciteit een zwaardere doelgroep met complexere problematiek.

Vanuit een gedeeld besef van urgentie en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorgcontinuïteit voor de cliënten die in aanraking zijn geweest of dreigen te komen met justitie, hebben GGZ Nederland, het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de Werkgroep 'Continuïteit van zorg' door de (forensische) zorgketen ingesteld. Daarnaast zijn ook andere ketenpartners betrokken bij dit thema, namelijk: het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Federatie Opvang, Ribw Alliantie,

[22] RVZ (2012) *stoornis en delict.*

het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en de reclasseringsorganisaties.

*Verbinding met somatische zorg*

De somatische gezondheidszorg en de ggz zijn in ons zorgstelsel gescheiden werelden met eigen budgetten. In het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 hebben partijen gesteld dat deze tweedeling naar de huidige kennis over psychische aandoeningen niet meer te verdedigen is. Aandacht voor geestelijke en lichamelijke gezondheid moet ten minste gelijk opgaan en idealiter zijn in de (verre) toekomst beide sectoren onder eenzelfde financiering gebracht.
Er bestaat een aantoonbare interactie tussen psychische en lichamelijke gezondheid. Bekend is dat veel mensen met een psychische aandoening ook een veel kortere levensverwachting hebben en in een slechtere gezondheid verkeren.[23] Somatische comorbiditeit leidt tot kosten in de somatische zorg naast de ggz, maar leidt ook tot hogere kosten in de ggz.[24] Veel kosten die gemaakt worden in de somatische gezondheidszorg zijn gerelateerd aan psychische aandoeningen, al dan niet onderkend. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om fysieke klachten die medisch niet verklaarbaar zijn, maar waardoor mensen wel lange tijd in het medisch circuit ronddwalen. Ook het beloop van veel lichamelijke ziektes wordt negatief beïnvloed door psychische aandoeningen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die lijden aan kanker en tevens een depressie hebben, 40% meer kans hebben te komen overlijden. Voor patiënten die een hartinfarct door hebben gemaakt, geldt dat zij 50% meer kans hebben te komen overlijden als er ook sprake is van een depressie of van angstklachten.[25] Ook blijkt uit onderzoek dat een psychiatrische screening bij ziekenhuisopname de duur van die opname aanzienlijk kan reduceren.[26] Kortom, een betere integratie van somatische zorg voor mensen met een psychische aandoeningen en psychologische zorg voor patiënten in de somatische gezondheidszorg is kosteneffectief en draagt bij aan de brede maatschappelijke baten van de ggz.

*Stigma bestrijden*

Op het hebben van een psychische aandoening rust nog altijd een stigma. Stigma op psychische aandoeningen is van alle culturen en samenlevingen en wordt door mensen met een psychische aandoening als een van de belangrijkste problemen ervaren. Stigma heeft te maken met onbekendheid, onwetendheid ten aanzien van psychische aandoeningen en negatieve beeldvorming in media en de publieke arena. Professionals en patiënten in de ggz spelen een essentiële rol in het bieden van tegenwicht. Bijvoorbeeld door hun bijdrage aan televisieprogramma's over psychische aandoeningen of door in kranten, op televisie en in sociale media uitleg te geven bij het nieuws dat een raakvlak heeft met de ggz. Bekende Nederlanders die openlijk praten en schrijven over hun aandoening of die van hun partner helpen om de drempel voor het praten over psychische aandoeningen te verlagen en het stigma op den duur te laten afnemen. Een effectieve manier om stigma aan te pakken is om het directe contact tussen mensen met en zonder een psychische aandoening te bevorderen. Het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 heeft geleid tot de oprichting van de Stichting Samen Sterk zonder Stigma (SSzS), waarin patiënten, familieleden, professionals, aanbieders en zorgverzekeraars de handen ineen slaan om het taboe op psychische aandoeningen te doorbreken en discriminatie en uitsluiting van mensen met een psychische aandoening uit te bannen. Daarnaast is goede ggz zelf het beste instrument in de strijd tegen stigma: een zichtbare, toegankelijke en effectieve ggz zal het stigma dat rust op psychische aandoeningen op den duur verminderen. Om de beeldvorming over mentale gezondheid, psychische aandoeningen en de behandeling ervan bij te stellen is een brede beweging nodig die als paraplu dient

---

[23] Zie bijvoorbeeld Cohen, D. (2015) Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts en Wet.* 58(1): 16-18

[24] Uit een pilot studie die in het kader van het project doorontwikkeling productstructuur is uitgevoerd met gebruik van DBC en DOT data blijkt bijvoorbeeld dat de GGZ kosten bij depressive en schizofrenie 10 tot 20 procent hoger zijn wanneer er tevens sprake is van een behandeling bij een medisch specialist, anders dan de Psychiater.

[25] Clark, David M. & Richard Layard (2015) *Thrive. The power of psychological therapy*. Penguin Books ltd. Ebook p. 51-54

[26] Desan et all (2011) Proactive Psychiatric Consultation Services Reduce Length of Stay for Admissions to an Inpatient Medical Team. *Psychosomatics.* 52(6): 513-520.

waaronder de reeds bestaande initiatieven ter bestrijding van stigma worden verenigd en waar strategische communicatie in de publieke arena een cruciaal onderdeel van is.

*Wetenschappelijke onderzoek*

De afgelopen tien jaar is de kennis over psychische aandoeningen sterk toegenomen. We weten veel beter hoe gevoeligheid voor bepaalde stoornissen zich ontwikkelt, welke hersenprocessen daaraan ten grondslag liggen en welke omgevingsfactoren van invloed zijn. Nederlandse toponderzoek, zoals GROUP, TRAILS, generationR en NESDA, heeft daar een grote bijdrage aan geleverd. Deze grote cohortstudies, waarmee Nederland ook permanent een plaats heeft verworven in de internationale top, zijn het resultaat van het Geestkracht programma[27]. Dit programma heeft een stevige impuls gegeven aan de samenwerking tussen de universitaire psychiatrie, patiëntenorganisaties en ggz organisaties. De opgedane kennis kan nu echter nog niet direct geïmplementeerd worden. Nieuwe preventieve en therapeutische interventies moeten eerst onderzocht worden op veiligheid, toepasbaarheid en vooral op (kosten)effectiviteit. Daarnaast is wetenschappelijk onderzoek nodig om de principes van gepersonaliseerde zorg te kunnen ontwikkelen voor psychische aandoeningen en om de zogenaamde *knowledge gap* mettertijd te sluiten. De implementatie van richtlijnen kan de effectiviteit van de ggz in afwenden van ziektelast vergroten, maar veel grotere winst kan behaald worden door nieuwe kennis over andere werkingsmechanismen en nieuwe interventies. Richtlijnontwikkeling en kennisontwikkeling zijn twee aparte cycli die elkaar voeden. Bij de richtlijnontwikkeling en –implementatie komen kennishiaten aan het licht. Wetenschappelijk onderzoek levert nieuwe kennis op die via richtlijnen wordt verspreid en geïmplementeerd in de praktijk. Op dit moment gaat slechts een fractie van de onderzoeksgelden naar de ggz. Op Europees niveau is de richting voor toekomstig onderzoek aangegeven in de ROAMER wetenschapsagenda. Op nationaal niveau hebben de veldpartijen ggz in het kader van het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 een eigen wetenschapsagenda opgesteld waarin de thema's uit deze bestuurlijke agenda, namelijk preventie en gepersonaliseerde zorg, nadrukkelijk een plaats krijgen.[28] Een financiële meerjarige[29] impuls in wetenschappelijke onderzoek is hard nodig als fundament voor een doelmatige ggz en verdient zich terug omdat de resultaten leiden tot meer doelmatige en kosteneffectieve zorg. Een goede wetenschappelijke infrastructuur genereert snel nieuwe internationale fondsen. Daarnaast is onderzoek gewenst naar herstel en ontwikkelingsprocessen van patiënten.

*Duurzame bekostiging*

Door de opname van curatieve ggz in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de invoering van de Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC) hebben naast patiënten en zorgaanbieders ook zorgverzekeraars voor de ggz een belangrijke rol gekregen. De driehoek van patiënt/gebruiker, zorgverzekeraar/financier en professional/aanbieder werkt alleen goed als iedereen voldoende is toegerust om zijn rol in het stelsel op te pakken en wanneer er sprake is van onderling vertrouwen. Wanneer het aan vertrouwen ontbreekt neemt bureaucratische controle de overhand en wordt afbreuk gedaan aan de professionele autonomie die nodig is om een op de patiënt afgestemde hoogwaardige en doelmatige behandeling in te zetten. Om het vertrouwen te verstevigen moeten patiënten en verzekeraars helder (kunnen) zijn over de uitkomsten die zij verwachten van de aanbieder en moeten aanbieders transparant zijn over de geleverde zorg en de kwaliteit van de zorg. Een goede productstructuur en informatie op basis waarvan zorgverzekeraars kosten kunnen voorspellen dragen in belangrijke mate bij aan de benodigde transparantie. Voor de drie hieronder genoemde instrumenten geldt dat de toevoeging van profileringskenmerken de voorspellende kracht van de instrumenten versterkt.

---

[27] zie http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/ggz-programma-geestkracht/algemeen/

[28] zie http://www.nvvp.net/wetenschappelijk-onderzoek

[29] Om effectiviteit van interventies te onderzoeken in de levensfase die ertoe doet, is onderzoek nodig dat zich over een langere periode (10 jaar) uitstrekt.

De DBC's zijn een eerste stap geweest naar een prestatiebekostiging, waarvoor wereldwijd geen ideaal model beschikbaar is. Na enige jaren werken met de huidige DBC's concluderen partijen dat de productstructuur bijstelling behoeft. Het principe van tijdschrijven in minuten die gebundeld worden naar tijdklassen, draagt een perverse prikkel tot *upcoding* in zich. Daarnaast is er kritiek op de dominante rol van de diagnoseclassificatie in de toewijzing aan een productgroep. De huidige DBC's zijn noch klinisch herkenbaar, noch herkenbaar voor patiënten en onvoldoende informatief voor zorgverzekeraars in de inkoop. Partijen zijn inmiddels gestart met de doorontwikkeling van de productstructuur[30]. Het doel van de doorontwikkeling is om de DBC's te verrijken en te versimpelen. Dit betekent dat de huidige DBC's meer informatief worden gemaakt voor wat betreft de zorgbehoefte (de diagnose in plaats van de classificatie), de aangeboden zorg en behandeling conform de wetenschappelijke evidentie en de professionele standaard en de daaruit voortvloeiende prijs, binnen een zekere bandbreedte. Daarnaast is een versimpeling van de registratie eisen nodig om de administratieve lasten te drukken en is een kortere, meer inhoudelijk onderbouwde doorlooptijd van de DBC een wenselijk bijproduct. Bij de doorontwikkeling wordt inspiratie gehaald uit de productstructuur die in het Verenigd Koninkrijk wordt gebruikt, het zogenaamde 'Engelse Model'. De doorontwikkeling van de productstructuur voorziet in een mogelijkheid van tussentijdse toetsing op het resultaat van de behandeling en een versnelling van de informatievoorziening door de duur van de producten op een inhoudelijk gemotiveerde manier te verkorten. Het is van belang om voldoende tijd te nemen om de aanpassingen aan de productstructuur in pilots te testen alvorens over te gaan tot brede implementatie.

Een ander initiatief dat naar aanleiding van het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2017 is gestart, is de ontwikkeling van de Zorgvraagzwaarte Indicator (zvz-indicator) waarmee getracht wordt een relatie te leggen tussen de psychische aandoening, de zorgbehoefte van de patiënt en de te verwachten kosten van behandeling. De uitdaging in dit traject is om tot een wetenschappelijk verantwoorde voorspellende waarde van de zvz-indicator te komen. De tweede fase van de ontwikkeling heeft twee jaar in beslag genomen en is inmiddels afgerond. Gebleken is dat de zvz-indicator op groepsniveau aanzienlijk heeft gewonnen aan zeggingskracht. Maar op zichzelf presteert de zvz-indicator nog onvoldoende om er, zonderandere inhoudelijke informatie, verantwoord conclusies aan te verbinden. Aanlevering van de zvz-indicator is verplicht gesteld per 1 januari 2014 voor alle zorgaanbieders in de GGZ; vanaf 2016 vindt aanlevering gepseudonimiseerd plaats via de declaratie. Verantwoord gebruik is van het grootste belang voor het draagvlak voor de doorontwikkeling van de zvz-indicator. Daarom is voor ggz-instellingen en verzekeraars een handreiking opgesteld voor verantwoord gebruik van de indicator in haar huidige vorm. Voor zelfstandig gevestigde zorgverleners is de zvz-indicator op dit moment nog niet bruikbaar, maar deze wordt wel door hen aangeleverd zodat ook zij op termijn gebruik kunnen maken van deze (spiegel)informatie. Door Zorgverzekeraars Nederland is voor haar leden een Uniforme Maatregel 'Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens ggz-instellingen' opgesteld. Toetsing van het gebruik van de indicator in de praktijk maakt - naast de inhoudelijke versterking daarvan - ook een belangrijk onderdeel uit van de derde fase van het verdere doorontwikkeltraject. Naar verwachting zullen aanbevelingen van de werkgroep Zorgvraagzwaarte via de doorontwikkeling van de productstructuur worden geïmplementeerd.

In de Zorgverzekeringswet is risicoverevening een belangrijk instrument om de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers te waarborgen. Het instrument voorziet in een rekenmodel op basis waarvan zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor hoge kosten onder hun verzekerden. Hierdoor worden risico's collectief gedragen en niet afgewenteld op de individuele verzekerde middels risicoselectie. De mogelijkheden voor verevening zijn belangrijk voor de verzekerbaarheid van de ggz. Op dit moment is nog voorzien in zowel een ex ante als een ex post[31] compensatie voor geneeskundige ggz[32]. De minister is echter voornemens de ex post verevening af te schaffen per 2017, waardoor verzekeraars ook voor de geneeskundige ggz risicodragend worden. Voorwaarde is een goed werkend model voor risicoverevening. Een risicovereveningsmodel gaat in essentie over voorspelbaarheid van kosten. Voor een grote groep verzekerden is de voorspelkracht van model

---

[30] Project doorontwikkeling productstructuur is gestart onder begeleiding van Cap Gemini en inmiddels heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de coördinatie en regie overgenomen.

[31] Ex ante compensatie vindt plaats als de populatie van een verzekeraar bekend is, maar de kosten nog niet zijn gemaakt. Ex post compensatie vindt plaats als de kosten reeds gemaakt zijn.

[32] Dat deel van de GGZ-zorg dat vanuit de Zvw wordt geduid als verzekerde zorg.

voor de somatische zorg gelijkwaardig aan het model voor de ggz. Beide modellen kennen het probleem om voor een beperkte groep verzekerden met hoge zorgkosten een adequate compensatie te bewerkstelligen. Gezien de relatief korte ontwikkeltijd in vergelijking met het model voor de somatische zorg is het opmerkelijk dat het model voor de geneeskundige ggz goed presteert. Dat neemt niet weg dat verbeteringen nog mogelijk en nodig zijn, waardoor de voorspelbaarheid in kosten en de verzekerbaarheid van de ggz toeneemt.

Tot slot vloeien uit de inhoudelijke agenda, zoals die hierboven uiteen is gezet, een aantal vragen voort die in de bekostigingssystematiek de komende jaren moeten worden geadresseerd. Zo is erkenning en financiering voor ervaringsdeskundigen nodig. Ook is er een betaaltitel nodig voor het betrekken van naasten bij de behandeling (systeemtherapie) en -voor zowel consultatie als diagnostiek in de hele keten- moeten wenselijke samenwerkingsverbanden tussen verschillende echelons financieel mogelijk gemaakt worden en moet preventie erkenning in geld krijgen.

**Bijlage: de maatschappelijke waarde van geestelijke gezondheidszorg**

In het begin van deze notitie is al gewezen op de hoge prevalentie van psychische aandoeningen en de daaruit voortvloeiende brede gevolgen. Die gevolgen bestaan uit het effect van de aandoening op het dagelijks functioneren en welzijn van de betrokkene zelf, en de daarmee samenhangende sociaaleconomische gevolgen. Daarnaast kunnen psychische aandoeningen ook levensbedreigende consequenties hebben. Hierbij kan men denken aan suïcide, maar ook een structureel slechtere lichamelijke gezondheid. Daarmee zijn psychische aandoeningen qua ernst en impact vergelijkbaar met, of zelfs ernstiger dan, chronische lichamelijke aandoeningen als hart- en vaatziekten en longziekten. Uit de Global Burden of Disease studie van de WHO blijkt dat zeven psychische aandoeningen[33] in de top-20 wereldwijd staan van aandoeningen gerangschikt naar gezondheidsverlies en uitgedrukt in 'years lived in disability'.

Naast de last die de patiënt ervaart van de symptomen van een psychische aandoening, kunnen psychische stoornissen een verwoestend effect hebben op de algehele kwaliteit van leven en wordt de ontwikkeling op verschillende levensgebieden ernstig negatief beïnvloed. Een stoornis die zich openbaart in de kinder- of tienerjaren kan in de weg komen te staan van het doorlopen van school en studie, belemmert daardoor het vinden van werk en het opbouwen van economische zelfstandigheid en beïnvloedt niet zelden de ontwikkeling van vaardigheden die nodig zijn om een gezond sociaal netwerk op te bouwen en te behouden.

De directe kosten van de ggz en verlies van arbeidsproductiviteit als gevolg van ziekte(verzuim) brengen hoge sociaaleconomische kosten voort. In de leeftijdscategorie van 15 tot 50 zijn psychische aandoeningen de dominante bron van schade.[34] Bij de zogenaamde 'common mental disorders'[35] zijn de kosten als gevolg van de aandoening voor tachtig procent terug te voeren op verlies van arbeidsproductiviteit. De langdurige en intensieve behandeling en begeleiding van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)[36] vraagt intensieve en langdurige inzet van ggz en maatschappelijke ondersteuning. De symptomen van sommige psychische aandoeningen kunnen leiden tot sociale overlast, dakloosheid, criminaliteit en gevaar voor de omgeving bij het ontbreken van voldoende en adequate behandeling. Een maatschappelijke businesscase van de ggz zal laten zien dat investeringen in ggz en aanpalend sociaal beleid renderen door bijvoorbeeld verlaging van kosten voor inzet van politie en Justitie[37].

Kortom, psychische aandoeningen komen veel voor, treffen een groot deel van de bevolking in alle levensfasen en hebben op persoonlijk, sociaal en economisch vlak grote consequenties. Niet de kosten van de ggz zijn een maatschappelijk probleem, maar de kosten van psychische aandoeningen. Nog meer dan nu is de uitdaging voor de komende decennia om de maatschappelijke waarde van de ggz te vergroten door het persoonlijk lijden, de maatschappelijke impact en economische lasten die voortvloeien uit psychische aandoeningen te beperken en zoveel als mogelijk te voorkomen.

---

[33] Het gaat hier om depressieve-stemmingsstoornissen (plaats 2), angststoornissen (plaats 7), stoornissen in het gebruik van drugs (plaats 12), stoornissen in het gebruik van alcohol (plaats 15), schizofrenie (plaats 16), bipolaire-stemmingsstoornissen (plaats 18) en persisterende depressieve stoornis (plaats 19).

[34] Victorian burden of disease study (1996)

[35] Met deze term wordt verwezen naar psychische aandoeningen die veel voorkomen maar waarvan de directe gevolgen voor de patiënt milder zijn.

[36] Met EPA wordt verwezen naar de groep patiënten met een psychiatrische aandoening met een langdurig beloop en beperkingen in het maatschappelijk en/of sociaal functioneren. De omvang van de doelgroep in Nederland wordt geschat op 160.000 patiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Bron: Delespaul et. al. (2013) Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013;55,6:427-437

[37] Zie bijvoorbeeld het rapport *kosten en baten van maatschappelijke opvang. (*Cebeon, 2011) waarin de integrale aanpak van dakloosheid in de G4 door Gemeente, GGZ en Maatschappelijke opvang is beoordeeld op maatschappelijk rendement.